Docteur M A R T I N Pierre

1959

717

KYSTE EPIDERMOIDE INTRA-OSSEUX

DE LA PHALANGETTE

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-=-

Année : 1959 N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d' Etat)

par

MARTIN Pierre, Charles

Né le 4 Mars 1928 à Vincennes.

Présentée et soutenue publiquement le : 29 JUIN 1959

==========

KYSTE EPIDERMOIDE INTRA-OSSEUX DE LA PHALANGETTE

==========

Président : J. DELARUE, Professeur.

BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA MERE.

A MON PERE.

A MA FEMME.

En témoignage de mon affection.

AUX MIENS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELARUE

Professeur d'Anatomie Pathologie
à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin-Chef de l'Hopital Paul Brousse.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse, en témoignage de notre profonde et respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Marc ISELIN

Membre de l'Académie de Chirurgie,

Chirurgien Chef de l'Hopital de Nanterre,

Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse, Que celle-ci nous permette de lui exprimer l'admiration que nous lui portons, et la reconnaissance que nous lui témoignons pour la valeur de l'enseignement qu'il nous a prodigué à tous égards.

A MONSIEUR le Docteur Serge BLANGUERNON,

Chirurgien-adjoint de l'Hopital de Nanterre

Qui nous a toujours guidé avec
autorité et bienveillance.

A MESSIEURS les CHIRURGIENS ASSISTANTS
de l'Hopital de Nanterre,

Les Docteurs GOSSE et BENOIST
en témoignage de notre reconnaissance.

A MES COLLEGUES.

A MES MAITRES D' EXTERNAT

Monsieur le Docteur GUEULETTE

Monsieur le Docteur CHEVALLIER

Monsieur le Docteur LALLEMANT

A MES MAITRES D' INTERNAT

Monsieur le Professeur BROCQ

Monsieur le Docteur MEILLERE

Monsieur le Docteur SAUVAGE

Monsieur le Professeur MATHEY

Monsieur le Docteur CACHIN

Monsieur le Docteur GANDRILLE

K Y S T E E P I D E R M O I D E

I N T R A - O S S E U X

D E L A P H A L A N G E T T E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le kyste épidermoïde de la phalangette est une entité anato-mo-clinique bien définie mais relativement rare qui revêt un intérêt certain à plusieurs points de vue :

Le diagnostic difficile avant l'examen per et post-opératoire ;

L'histologie de la lésion bien décrite et relativement univoque ;

La pathogénie de cette affection encore bien obscure.

Nous nous proposons à l'occasion d'un cas observé dans le service de Monsieur le Docteur Marc ISELIN de rappeler les grands faits qui caractérisent cette affection, et à l'aide des quelques vingt sept cas actuellement connus dans la littérature mondiale, d'apporter, notre contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de cette maladie.

CHAPITRE I

-:-:-:-:-:-

H I S T O R I Q U E

Le premier cas paru dans la littérature est dû à WERHNER en I855.

D'autres publications suivirent, faites par RIZET en I866, MURON en I868, GILLETTE en I875, REVERDIN I887, TROQUART et GIBIER en I88I.

C'est REVERDIN qui donne une des meilleures descriptions de cette tumeur, tant au point de vue de la pathologie que du diagnostic et du traitement.

Depuis, d'autres rapports ont repris cette description ; GARRE en I894, et HESSE en I9I2.

Plus près de nous, dans la période qui s'étend depuis I923 nous avons retrouvé vingt cas de cette maladie que nous rapportons dans la suite de cet exposé.

La terminologie employée pour définir ce kyste est très variée puisqu'on trouve :

Kyste épidermique,

Kyste épidermoïde,

Kyste épithélium traumatique,

Athérome,

" Implantation dermoïde "

CHAPITRE II

-:-:-:-:-:-

KYSTE EPIDERMOIDE INTRA-OSSEUX
DU
CINQUIEME DOIGT DE LA MAIN DROITE

(Observation relevée dans
le service du Docteur M. ISELIN)

Un homme de cinquante ans, marchand forain, est envoyé à la consultation du Service de Monsieur ISELIN, par son Médecin Traitant, le 7 Octobre I953, pour une douleur et un gonflement de l'auriculaire droit.

L'interrogatoire apprend que le malade souffre depuis un mois environ.

La douleur spontanée est vive, lancinante, entraînant parfois l'insomnie. Elle siège au niveau de la troisième phalange du cinquième doigt, irradiant peu.

Le médecin traitant avait pratiqué un examen scopique et trouvant une géode, avait envoyé le malade à la consultation du Service, avec le diagnostic d'ostéïte.

Le malade n'a pas présenté d'accident infectieux. Il se rappelle avoir reçu un choc peu violent sur la phalange interessée, au début d'Octobre I953. Il a souffert une heure environ. Quelques jours après, il se fait, au même niveau, une piqûre, simplement cutanée qui n'a pas de suite. Ce choc et cette piqûre sont restés dans sa mémoire, parce qu'ils ont précédé de peu l'apparition des douleurs.

L'examen local, montre une phalangette modérément augmentée de volume. Il s'agit d'un gonflement diffus, sans déformation, ne dépassant pas les limites de la troisième phalange, avec un maximum palmaire.

La peau est rouge et chaude.

La pression au niveau de la pulpe exacerbe la douleur spontanée.

Les autres segments du doigt ne sont pas atteints.

Il n'y a pas d'oedème.

La mobilité du doigt est pratiquement normale, cependant un peu limitée par le gonflement et la gêne douloureuse.

Le reste de la main est normal.

L'examen du malade n'apporte rien du point de vue général ; bon aspect physique, pas de fièvre, pas d'autre antécédent pathologique notable.

L'examen radiologique, avec des clichés de face et de profil montre une perte de substance, ronde, occupant la phalangette de l'auriculaire.

- Sur le cliché de face : c'est une perte de substance de six millimètres de diamètre, à peu près ovalaire , située en plein centre du corps de la troisième phalange qu'elle ne déforme pratiquement pas. Les contours de cette lésion sont nets, car il existe une fine bordure régulière, à la partie proximale de la perte de substance, du côté de la base de la phalangette ; à la partie distale, la limite est encore nette, mais il n'y a pas de liseré, et la lésion est faite comme à l'emporte-pièce, dans le tissu de la houppe phalangienne. Enfin, du côté cubital, la limite est constituée par la corticale phalangienne amincie et légèrement déformée ; du côté radial,

il y a une solution de continuité de trois millimètres , où la corticale a disparu.

- Surle cliché de profil : la lésion est moins bien caractérisée. C'est une perte de substance , intéressant tout le corps de la phalangette, sur lequel elle est parfaitement centrée, et dont les limites sont très fines dans les régions dorsales et palmaires. Dans l'ensemble, c'est une image claire, géodique, bien limitée, à contenu clair, si clair qu'il ne semble exister sur les clichés, à ce niveau, que l'ombre des parties molles. Il n'y a aucune réaction périostée, aucune atteinte articulaire.

Bien qu'il existe une solution de continuité de la paroi du kyste, les parties molles ne sont pas atteintes il n'y a pas de fracture, et l'axe de la phalange est conservé.

En conclusion, il semble s'agir d'une tumeur kystique sans réaction périostée, sans signe de malignité, située au niveau du corps de la phalangette.

Après ces investigations, le diagnostic de tumeur bénigne osseuse est posé, sans qu'on puisse préciser s'il s' agit d'un enchondrome ou d'une tumeur à myéloplaxe.

On propose au patient un curetage de la lésion avec comblement par greffon ; ce traitement lui paraissant disproportionné avec l'utilité de sa phalange , il demande l'amputation.

On pratique une amputation typique à lambeau palmaire, avec

désarticulation de la phalangette.

L'examen macroscopique de la pièce permet , après effondrement de la corticale qui est très mince, de voir sourdre un liquide rappelant la secrétion sébacée.

La pièce anatomique est confiée pour biopsie à Monsieur le Professeur DELARUE.

Histodiagnostic : " Désarticulation de la phalangette de l'auriculaire. "

" La pièce opératoire comprend dans la région sous-un-
" guéale, un kyste épidermique situé en plein tissu
" osseux, totalement dépourvu de tout indice de mali-
" gnité. Le développement d'un tel kyste épidermique
" intra-osseux de cette nature à l'extrémité d'un
" doigt, résulte, en principe, d'une dysembryoplasie.
" Pas le moindre signe de malignité. "

Les suites opératoires sont simples et permettent d'obtenir une guérison rapide.

CHAPITRE III

-:-:-:-:-:-

V I N G T O B S E R V A T I O N S
D E
K Y S T E S E P I D E R M O I D E S

-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° I

SOUNTAG - 1923 -

C'est le premier cas dont on trouve une description précise dans la littérature mondiale.

Kyste épidermoïde de la partie distale de la deuxième phalange du quatrième doigt gauche.

Il s'agissait d'une femme de quarante quatre ans dont la troisième phalange de l'auriculaire avait été amputée après une lésion traumatique à type d' écrasement.

Les premiers symptômes apparaissent vingt ans plus tard, au niveau de la deuxième phalange qui gonfle et devient douloureuse.

Les radiographies montrent qu'il s'agit d'un kyste situé à la partie distale de la deuxième phalange dont la sanction chirurgicale est une amputation segmentaire.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste épithélial intra-osseux (l'observation note qu'il existe un épithélium corné tapissant la paroi osseuse) .

Cette observation est exceptionnelle car elle est la seule relatant un kyste épidermoïde au niveau de la deuxième phalange et non de la phalange distale.

OBSERVATION N° 2

BURROWS - 1926 -

Kyste épidermoïde de la deuxième phalange du pouce gauche.

Il s'agissait d'un homme de quarante sept ans, et la notion de traumatisme date de l'âge de onze ans, date à laquelle le pouce gauche avait été écrasé sous une barre de fer.

Trente-cinq ans après, apparaît une hypersensibilité de la deuxième phalange de ce doigt.

On cite alors un deuxième traumatisme avec une lourde pièce de bois, suivi de gonflement et de douleur qui motivent la consultation.

Les radiographies montrent une cavité kystique occupant toute la dernière phalange du pouce, et le traitement proposé est l'amputation.

Le diagnostic histologique relate : paroi kystique tapissée d'un épithélium stratifié. (on retrouve sous la peau une petite masse blanchâtre non identifiée) .

OBSERVATION N° 3

FRIEDLANDER - 1930 -

Kyste épithélial de la troisième phalange de l'index gauche.

Il s'agissait d'un enfant de treize ans dont le traumatisme se situait un an avant : piqûre profonde de l'index gauche avec un rayon de bicyclette.

Il n'y a aucun temps d'attente et c'est progressivement qu'apparaissent le gonflement et les douleurs qui conduisent à pratiquer les radiographies.

Image kystique d'aspect bénin, localisée à la troisième phalange de l'index.

Le traitement est une amputation.

Le diagnostic histologique, fait état d'un kyste revêtu d'un épithélium corné, sur une couche de tissu granuleux avec quelques cellules géantes étrangères.

Cette observation est la seule qui mentionne une telle lésion chez un enfant.

OBSERVATION N° 4

HAMMANN - 1930 -

Kyste épithélial de la troisième phalange de l'index droit.

Il s'agissait d'un homme de trente et un ans chez qui on retrouve dans les antécédents, la notion d'un coup de marteau sur l'index droit, seize ans plus tôt.

II vient consulter pour un gonflement et des douleurs apparues progressivement.

On constate que la peau de la troisième phalange est rouge et chaude.

La radiographie montre un petit kyste localisé à la troisième phalange.

Le traitement chirurgical est une extirpation.

Le diagnostic histologique relate : kyste dont la paroi est recouverte d'un épithélium stratifié partiellement incrusté de calcium.

OBSERVATION N° 5

HARRIS - 1930 -

KYSte épithélial de la deuxième phalange du pouce.

Il s'agissait d'un adulte,

chez qui on ne retrouve aucune notion de traumatisme et qui vient consulter pour des douleurs au niveau du pouce sans qu'on constate aucune modification de l'aspect du doigt.

Les radiographies sont négatives et n'apportent aucun argument.

Ces douleurs disparaissent, puis cinq ans après réapparaissent, accompagnées d'un gonflement localisé à la deuxième phalange.

Les radiographies pratiquées alors, montrent une image de kyste de la deuxième phalange à localisation sous unguéale.

Le traitement chirurgical est une extirpation.

C'est la première des observations où le traumatisme est totalement absent.

OBSERVATION N° 6

BEHRENS - I93I -

Kyste épithélial de la troisième phalange du quatrième doigt de la main droite.

Il s'agissait d'un adulte chez qui la première notion de traumatisme est la pénétration d'un éclat d'obus dans le quatrième doigt droit en I9I4

Six ans après, il se donne un coup de marteau dans la même région et très rapidement, le doigt devient gros, chaud et douloureux.

Les radiographies permettent de mettre en évidence une volumineuse tumeur kystique occupant toute la troisième phalange.

Le traitement chirurgical est une amputation.

OBSERVATION N° 7

CURTIS et OWEN - I933 -

Kyste épithélial de la troisième phalange du médius gauche.

Il s'agit d'un adulte qui vient consulter pour des douleurs et un gonflement et une rougeur localisés à la partie distale du médius.

Ces symptômes n'attirent pas l'attention et, quatre ans après, devant la persistance d'un gonflement, des radiographies sont pratiquées qui montrent un kyste de la troisième phalange du médius que l'on traite par extirpation.

Quatre ans après, les douleurs réapparaissent, des radiographies montrent qu'il s'agit de deux kystes confluents occupant la même région que le précédent.

Le traitement chirurgical est une amputation.

L'histodiagnostic rapporte qu'il existe deux loges limitées par un épithélium stratifié avec lame de kératine.

Cette observation est intéressante à deux égards : la récidive après extirpation et la présence de deux cavités kystiques. Ce fait est unique.

OBSERVATION N° 8

BISSEL et BRUNSCHWING - I937 -

Kyste épithélial de la troisième phalange du deuxième doigt de la main droite.

Il s'agissait d'une femme de vingt trois ans chez qui on retrouve une notion de traumatisme sept ans plus tôt : le doigt avait été pincé dans une porte.

Les symptômes apparaissent progressivement : augmentation de volume non douloureuse.

Les radiographies montrent un petit kyste de la troisième phalange que l'on extirpe.

Le diagnostic histologique comporte la description d'une cavité kystique revêtue d'un épithélium stratifié avec des lames de kératine, sans poils ni glandes sébacées.

OBSERVATION N° 9

BISSEL et BRUNSCHWING - I94I -

Kyste épithélial de la troisième phalange de l'index gauche.

Il s'agissait d'un homme de quarante et un ans, blessé dix ans auparavant par une lame de couteau au niveau de la troisième phalange du deuxième doigt gauche.

A la suite d'un accident, le doigt est resté sensible.

La consultation est motivée par une augmentation progressive de volume de la phalange et des douleurs particulièrement vives.

Les radiographies mettent en évidence un gros kyste occupant toute la phalangette. Celle-ci est réduite à une mince lame osseuse et l'on pratique une amputation.

L'histodiagnostic précise qu'il s'agit d'un kyste épithélial.

OBSERVATION N° IO

YACHNIN et SUMMERIL - I94I -

Kyste épithélial de la troisième phalange du quatrième doigt de la main droite.

Il s'agissait d'une femme de trente neuf ans qui s'était blessée deux ans avant en se donnant un coup de marteau sur l'auriculaire.

Deux ans plus tard, apparait un gonflement de la troisième phalange, indolore spontanément, mais avec une sensibilité très nette à la pression.

Les radiographies pratiquées montrent : une image kystique de la troisième phalange.

On pose le diagnostic de kyste épithélial et on en pratique l'extirpation.

Cinq mois après, le doigt gonfle de nouveau et devient douloureux. Les radiographies décèlent une image ronde à type de perte de substance s'étendant au périoste et le dépassant par effraction en un point.

L'amputation est pratiquée et l'histologie montre qu'il s'agit d'un kyste revêtu d'un épithélium stratifié.

Cette observation est la deuxième qui relate une récidive après extirpation.

OBSERVATION N° II

POHLMANN et WACHSTEIN - 1944-

Kyste épithélial de la phalangette du troisième doigt de la main gauche.

Il s'agissait d'un homme de cinquante ans dans les antécédents duquel on trouve la notion d'un coup violent sur le médius.

La douleur disparaît rapidement ainsi que l'oedème.

Six mois plus tard, il se pince le même doigt dans une porte. Le doigt gonfle et devient rouge et douloureux au niveau de la troisième phalange.

Les radiographies pratiquées montrent une lésion kystique de la troisième phalange.

Le traitement est une extirpation suivie de cautérisation.

L'histologie est du même type que dans les observations précédentes : kyste intra-osseux à épithélium stratifié.

OBSERVATION N° I2

DUPERRAT et GANDRILLE - I947 -

Kyste épidermoïde de la troisième phalange de l'index gauche.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix sept ans qui s'était blessée deux ans avant avec un couteau.

Elle vient consulter pour une augmentation de volume, des douleurs au niveau de la troisième phalange de l'index.

Les radiographies montrent une cavité kystique de la phalangette de l'index.

L'intervention est une amputation.

L'histodiagnostic montre une coque osseuse mince et interrompue par endroits. La paroi du kyste est constituée par un épithélium malpighien.

LES SIX OBSERVATIONS SUIVANTES

ont été colligées

par

E. CARROL - I 9 5 3 -

OBSERVATION N° I3

Kyste épithélial de la troisième phalange du cinquième doigt de la main droite

Il s'agissait d'un homme de trente cinq ans dont l'auriculaire avait été coincé entre deux casiers à bouteilles : traumatisme banal sans arrêt de travail ; l'ongle tombe quelques temps après.

Deux ans plus tard, un gonflement de la troisième phalange apparaît insidieusement sans douleur.

L'examen montre que les mouvements P2-P3 sont conservés et note une sensibilité de la phalangette à la pression. La couleur de la peau est normale.

Les radiographies montrent une tumeur kystique soufflant un peu la corticale qui est rompue à la partie dorsale du kyste.

Le diagnostic d'enchondrome est posé et l'amputation pratiquée.

L'histodiagnostic montre la présence d'un kyste épithélial typique.

OBSERVATION N° I4

Kyste épithélial de la deuxième phalange du pouce droit.

C'est une femme de vingt quatre ans dont le pouce droit a été pris dans un tiroir huit ans avant. L'ongle était tombé quelque temps après.

Deux ans après le traumatisme, un certain degré d'enflure se manifeste déjà.

Six mois avant l'admission, des douleurs sont notées.

L'examen rapporte une enflure localisée de la deuxième phalange, une douleur provoquée à la pression.

Les radiographies montrent dans la phalange terminale une lésion kystique très étendue.

L'amputation réalisée permet l'histodiagnostic : kyste épithélial intra-osseux.

OBSERVATION N° I5

Kyste épithélial de la phalangette du médius droit.

Il s'agit d'un homme de trente deux ans chez qui on retrouve aucun traumatisme antérieur au niveau du médius droit.

L'affection est révélée par une douleur vive et soudaine du médius à l'occasion d'un mouvement brutal.

La douleur ne cède pas.

A son admission on constate que P3 est enflé et sensible.

A la radiographie, il existe une lésion ostéolytique kystique de P3 avec un trait de fracture.

Le diagnostic de fracture sur enchondrome est porté.

Le kyste est cureté.

L'histodiagnostic encore une fois montre qu'il s'agit d'un kyste épithélial intra-osseux.

OBSERVATION N° I6

Kyste épithélial de la phalangette du médius gauche.

Il s'agit d'un homme de quarante cinq ans qui s'était blessé vingt cinq ans plus tôt en jouant au base-ball.

Deux ans après il se donne un coup de marteau sur le doigt. La phalange enfle et reste douloureuse pendant plusieurs mois.

A l'admission, la phalange est augmentée de volume, rouge et sensible ; les mouvements articulaires sont normaux.

Les radiographies figurentune lésion étendue envahissant la plus grande partie de la phalangette.

Le diagnostic d'enchondrome avec transformation maligne est posé et le doigt est amputé jusqu'à la base du métacarpien.

La lésion s'avère être un kyste épithélial de la phalangette.

OBSERVATION N°I7

KYSTE épithélial de la phalangette du cinquième doigt de la main gauche.

Il s'agit d'un homme de vingt sept ans à qui on aurait enlevé dix ans plus tôt un enchondrome au cinquième doigt. Les faits n'ont pu être vérifiés.

Six mois avant l'admission, sont apparus un gonflement et des douleurs au niveau de la troisième phalange.

L'examen confirme ces faits et on note en outre une sensibilité à la palmation.

Les radiographies font poser le diagnostic de chondrome récidivant.

L'intervention curette la cavité osseuse et en retire un liquide sébacé.

L'histodiagnostic permet d'affirmer qu'il s'agit d'un kyste épithélial intra-osseux.

OBSERVATION N° 18

Kyste épithélial de la phalangette de l'auriculaire gauche.

Il s'agit d'un homme de trente sept ans chez qui on note la notion d'un traumatisme vingt ans avant, à type d'écrasement de la troisième phalange de l'auriculaire.

Six semaines avant son admission, sont apparues une sensibilité et une douleur au toucher et à l'usage du doigt.

Comme les radiographies montraient une lésion destructrice de P3, un traitement antibiotique est institué qui ne donne aucun résultat.

L'intervention est pratiquée, c'est une extirpation du kyste qui permet de redresser le diagnostic ultérieurement porté d'enchondrome ou d'ostéomyélite.

L'histodiagnostic montre que la capsule du kyste est formée par un épithélium stratifié desquamant.

Des clichés pris dix huit mois après l'intervention montrent toujours la présence du kyste mais sans symptôme.

Cette observation est la dernière de Carrol qui dit à cette époque, avoir eu trace de vingt cinq observations de kystes épidermoïdes dans la littérature.

OBSERVATION N° 19

ZADEK et COHEN - 1953 -

Kyste épithélial de la troisième phalange du cinquième doigt de la main droite.

Il s'agit d'un homme de vingt cinq ans, vu pour la première fois en 1950 pour une contusion de l'auriculaire droit qui avait été frappé par une corde de levage.

Des douleurs assez violentes spontanées et à la pression ont duré pendant quelques jours.

L'interrogatoire précise que le doigt avait déjà été traumatisé quelque temps auparavant. On ne note aucun autre antécédent au niveau du doigt.

L'examen montre que P3 est augmenté de volume, que sa peau n'est pas modifiée dans sa couleur mais que par contre, l'ongle est déformé, plié et soulevé. La zone radiale de l'ongle est très sensible à la pression.

L'examen radiologique met en évidence une tumeur kystique de P3, à contenu clair. Ses contours revêtent la forme d'un C. La perte de substance corticale siègeant du côté radial alors que la dorticale du côté cubital est très mince et fracturée.

Ces clichés permettent de poser le diagnostic de fracture pathologique sur kyste épidermoïde.

L'intervention pratiquée un mois après est une amputationsegmentaire ; le protocole note qu'une fois la corticale

effondrée, un liquide analogue a du cold-cream sort de la cavité.

Le diagnostic histologique confirme le diagnostic clinique en montrant la présence d'un épithélium corné bordant le kyste.

OBSERVATION N° 20

JOUANNEAU et THAZARD - 1958 -

Kyste épithélial de la deuxième phalange du pouce droit.

Il s'agit d'un malade de quarante cinq ans, qui s'est blessé un mois avant avec un fil d'acier rigide qui a pénétré profondément jusqu'à l'os, dans la pulpe du pouce droit. Il en résulte une augmentation de volume de la phalange qui devient douloureuse à la pression et au choc et une impotence fonctionnelle qui motivent la consultation.

L'examen constate que la deuxième phalange est doublée de volume, tuméfiée, rouge et chaude.

Il n'existe pas de lymphangite ni d'adénopathie épitrochléenne ou axillaire.

L'examen radiographique montre, en plein centre de la phalange terminale du pouce une cavité taillée à l'emporte pièce qui souffle la corticale, l'amincit et la refoule à la face dorsale de la phalange. Il n'y a aucune rupture corticale, ni réaction périostique. Aucun antécédent spécial n'est retrouvé.

L'intervention est un curetage avec comblement par du tissu spongieux osseux.

Le diagnostic histologique : cavité kystique revêtue d'un épithélium malpighien de type épidermoïde kératinisant sans formation annexe.

CHAPITRE 1V

-:-:-:-:-:-:-

E T U D E C L I N I Q U E

-:-:-:-:-:-:-

L'étude de l' ETIOLOGIE de ces kystes est interessante puisqu' une théorie pathogénique est fondée sur la notion d'inclusion traumatique.

Dans les vingt et un cas que nous avons colligés, les malades étaient plutôt du sexe masculin (seize hommes, cinq femmes) .

L'âge moyen se situait autour de trente quatre ans (treize ans le plus jeune, cinquante ans le plus vieux.)

Quant aux kystes, ils sont habituellement strictement isolés, si l'on met à part l'observation de CURTISS et OWEN. Mais il s'agissait d'une lésion opérée et récidivée.

Le kyste siège toujours à la troisième phalange sauf dans l' observation de SONNTAG, mais on avait pratiqué une amputation de la troisième phalange, vingt ans avant.

Le kyste occupe le corps de la phalangette, centré strictement sur elle, ou débordant du côté dorsal.

L'étude des localisations digitales montre qu'il y a autant de cas rapportés à la main gauche qu'à la main droite.

Aucun doigt n'est plus précisément atteint, et tous peuvent l' être.

La notion de traumatisme semble avoir attiré l'attention des auteurs car elle est étudiée avec soins dans les observations ; pourtant il semble qu'à maints égards elle soit assez discutable.

Dans trois observations (HARRISS, CURTISS, GREINER) tout traumatisme est absent.

Dans trois cas, le traumatisme ne date que de quinze à trente jours (ZADEK, JOUANNEAU, et notre observation) .

La notion de traumatisme est parfois très ancienne, dans plusieurs cas, supérieure à dix ans et un cas à trente six ans.

Il semble qu'on puisse discuter la valeur de tels arguments chez des travailleurs manuels pour la plupart , si souvent appelés à se blesser au niveau de leur phalange distale.

Enfin, plusieurs traumatismes sont souvent invoqués (BURROWS, BEHRENS, WEBSTER, ZADEK et notre observation) .

Enfin, le caractère non univoque des agressions invoquées est frappant. Nous avons rencontré des lésions fermées, à type de contusion, des lésions ouvertes, plaies, piqures, écrasement.

Si l'on admet que le moindre traumatisme au niveau de l'ongle est une lésion ouverte, celle-ci l'emporte nettement, dans les statistiques sur les traumatismes fermés.

Deux cas sont à mettre à part, puisqu'ils signalent un traumatisme chirurgical.

SONNTAG : amputation de la troisième phalange

RAMSEY et REYNOLDS : ablation d'un enchoncrome.

L' HISTOIRE CLINIQUE est assez banale.

Le seul symptôme vraiment constant est l'impression d'un gonflement : segmentaire, distal, non oedémateux.

Les troubles de la sensibilité sont inconstants mais fréquents ils peuvent être même isolés pendant un certain temps. Ce sont des douleurs lancinantes plus ou moins vives : spontanées ou provoquées par la pression.

La gêne fonctionnelle liée au gonflement et à la douleur est souvent assez nette (dans notre observation, c'est elle qui a fait demander l'amputation par le malade lui-même.)

Les modifications des téguments sont à peu près constantes : rougeur et augmentation de la chaleur locale.

Quelques signes négatifs sont notés : pas de symptômes infectieux, la fièvre est absente et la formule sanguine est normale.

C'est donc un tableau bien banal qui doit conduire à l'étape suivante, radiologique, permettant d'évoquer le diagnostic

LES CLICHES RADIOLOGIQUES mettent en évidence une perte de substance kystique, arrondie ou ovalaire, siègeant sur le corps de la troisième phalange. Cette perte de substance est très claire, ses contours sont fins et nets, il n' existe en principe ni soufflure, ni rupture, ni réaction périostée. En fait, la lésion peut être un peu excentrée, la corticale légèrement soufflée, voire rompue et une fracture pathologique a pu être observée.

En conclusion, tumeur osseuse kystique d'apparence bénigne.

L'aspect HISTOLOGIQUE actuellement bien connu.
La description que nous reproduisons ci-dessons est dûe à Monsieur le Professeur JEAN DELARUE et G. CHOMETTE.
" L'histologie de la pièce opératoire est celle d'un kyste,
" inclus dans la partie moyenne de la phalangette, se substi-
" tuant à la charpente osseuse. Il fait légèrement saillie à
" ses faces supérieure et inférieure. Il est entouré d'une cap-
" sule fibreuse qui le sépare des parties molles et des travées
" osseuses. L'épithélium qui constitue son revêtement interne
" est de type épidermoïde, avec maturation kératosique, sans
" aucune formation annexe glandulaire ou pileuse. Le contenu
" du kyste est formé de lamelles de kératine superposées. Nous
" n'avons pas trouvé sur les différentes coupes effectuées d'
" altérations traumatiques des extrémités de la phalangette,
" ni des assises génératrices de l'ongle. Un tel kyste épider-
" moïde des phalanges est rare " .

Le châpitre de la PATHOGENIE est certainement le plus obscur.
Un certain nombre de théories s'affronte qui font appel, soit à l'inclusion traumatique, soit à la dysembryoplasie. C'est la théorie traumatique qui semble avoir les faveurs actuelles. Celle-ci, évoquée pour la première fois par REVERDIN s'appuie sur les travaux de MASSE qui, en 1885, avait obtenu la reproduction expérimentale d'un kyste épithélial chez

le rat. Dans les années suivantes, KAUFMANN, SCHWENNINGER, confirmaient ces travaux.

Enfin, PELS LEUSDEN obtenait expérimentalement des kystes épithéliaux sous cutanés par inclusion de corps étrangers métalliques dans la zone des annexes de la peau.

D'après REVERDIN, la génèse du kyste pouvait s'expliquer ainsi par inclusion traumatique au niveau de l'os, d'un élément épidermique.

Cette théorie a été reprise par YACHNIN et SUMMERIL qui admettent, lors d'un traumatisme fermé, la possibilité de migrations cellulairesle long des vaisseaux à la faveur d'une lésion fracturaire minime passée inaperçue.

E.B. RIBEIRO admet la valeur de telles hypothèses en cas de traumatisme ouvert. Dans les conclusions plus discrètes, l'implantation épidermique se produirait encore grâce à une lésion osseuse se faisant aux dépens d'altérations des assises génératrices de l'ongle, proches de l'os.

Ainsi pourrait-on comprendre le siège digital distal de tels kystes, ainsi que leur situation volontier sous-ungueale. A l'encontre de cette théorie on peut évoquer certains arguments :

Arguments cliniques : dans certains cas, le traumatisme est absent ; dans d'autres, il est si récent qu'il ne peut être incriminé ; dans d'autres au contraire, il est tellement ancien (dix ans, vingt ans, voire trente six) que

sa valeur est très discutable, surtout chez les travailleurs manuels où de telles lésions sont fréquentes. La multiplicité des traumatismes invoqués, souvent, chez un même malade tendrait aussi à prouver sa contingence ; enfin, le caractère non univoque de ces lésions est aussi un argument (contusion, écrasement, plaie, piqure, éclat d'obus) .

Le traumatisme chirurgical n'est invoqué que dans deux cas ; pourtant, les petites interventions au niveau des doigts sont d'une extrême fréquence, en particulier la pose de broches métalliques trans-phalangiennes, réalisant un traumatisme expérimental, n'a jamais, à notre connaissance, provoqué de kyste épidermoïde.

Des arguments expérimentaux :

Les expériences de MASSE ou de PELS LEUSDEN n'ont jamais reproduit que des kystes sous-cutanés et non intra-osseux. Il semble donc qu'on puisse reprendre en considération l'ancienne théorie de FRANKE dite dysembryoplasique. Elle ne considère le traumatisme que comme un facteur déclenchant éventuel. Elle admet l'inclusion intra-osseux de cônes épidermiques embryonnaires, destinés, sans la profondeur, à donner naissance aux glandes annexes de la peau Ces cellules qui demeurent normales, pourraient se développer ultérieurement, soit spontanément, soit à l'occasion d'un stimulus, traumatique par exemple.

En faveur de cette théorie, plaident :

- la localisation distale des lésions, siège électif des malformations
- Le siège de la lésion, presque toujours centré sur le corps de la phalangette, ne débordant jamais sur la compact phalangienne distale ou proximale (jamais on a signalé de lésion articulaire par destruction de cette région) .

WERTHEMANN, dans un travail récent, étudiant macroscopiquement les malformations des extrémités, décrit divers degrés de polydactylie : depuis le dédoublement complet d'un axe " métacarpo-phalangien " jusqu'à la simple bifidité en fourche de l'extrémité d'une phalangette. Au minimum, les altérations de la polydactylie ne sont marquées que par un élargissement de la phalange distale creusée d'une cavité seul témoin alors d'un dédoublement ébauché.

Monsieur le Professeur DELARUE et G. CHOMETTE pensent que " des éléments histologiques nous manquent pour rapprocher " avec certitude, une telle malformation du kyste épider- " moïde de la phalangette. Cette hypothèse expliquerait " toutefois la constatation clinique et radiologique par- " fois très précoce de ce dernier, après un traumatisme " souvent minime et seulement révélateur. "

Le DIAGNOSTIC

est très difficile sinon impossible sans le secours de la radiographie. Dans les observations connues, le diagnostic pré-opératoire n'a pratiquement jamais été fait avec certitude. L'erreur la plus fréquente est l'enchondrome ou la tumeur à myéloplaxes. Le kyste épidermoïde a été également confondu avec une ostéomyélite, un sarcome et même un panaris.

En effet, parmi les tumeurs bénignes des phalanges, on peut le confondre non pas tant avec :

- la spina ventosa qui est typique, avec le fuseau périostique, le séquestre central au milieu d'un os soufflé.
- les localisations phalangiennes de la maladie de BESNIER-BOEK-SHAUMANN, de type pseudo-kystique, parfaitement limitées mais de formes multiples et typiquement en forme de coeur à carte à jouer, avec, sur le même malade une atteinte pluri-loculaire montrant les différents aspects de structure en grille, d'éclaircissement alvéolaire. Elles s'accompagnent de plus, des signes généraux et médiastinaux caractéristiques.

Mais surtout avec :

- les enchondromes, auréoles claires déformant la phalange à limite bordée d'un liseré plus,opaque et plus dense, de forme et d'épaisseur variables. Rarement isolés, ils sont le plus souvent associés aux périchondromes.

- la tumeur à myéloplaxes, cavité épiphysaire formée de bulles séparées par des cloisons de refent.
- l'ostéomyélite géodique et l'abcès de Brodie, donnant une phalange déformée par les processus successifs d' infection et de défense avec une zone de raréfaction bordée par une condensation.
- Le kyste osseux : rarement uniloculaire, siègeant à la base des phalanges, à contours nets, limités par un liseré plus opaque sans réaction périostée. La phalange est souvent déformée, un peu soufflée au niveau du kyste.

LE TRAITEMENT

L'indication opératoire est fondée sur la douleur et la gêne fonctionnelle. Dans notre observation, l'auriculaire, douloureux, était inutilisable car le blessé craignait de s'en servir.

Les méthodes proposées sont :

- mutilantes, désarticulation de la phalangette
- conservatrices, trépanation , curetage de la cavité et comblement par greffe osseuse.

Le choix des méthodes

L'exérèse pratiquée a pour elle la simplicité et la rapidité des suites. Au prix d'un sacrifice, le résultat est acquis. Telles furent les raisons qui amenèrent notre

malade à demander l'amputation. Il est cependant certain qu'au niveau d'un doigt majeur, cette solution doit être formellement rejetée.

La conservation pratiquée neuf fois dans les observations que nous avons rapportées, consiste à trépaner la corticale amincie par voie latéro-pulpaire, puis à pratiquer un curetage large de la loge kystique. Le traitement de de cette cavité donne lieu à discussion. Le simple évidement sans comblement semble à rejeter à cause du danger de récidive, (trois fois sur neuf curetages) .

Enfin, dans la sixième observation décrite par CAROLL, une radiographie pratiquée 18 mois après l'intervention montrait, malgré l'absence de manifestations cliniques, la présence de la loge kystique avec sa corticale très amincie.

Cette technique est donc insuffisante et il faut traiter les cavités comme toutes celles qui résultent du curetage de tumeurs osseuses bénignes , c'est à dire par le comblement de la cavité.

Dans le service nous utilisons de l'os spongieux prélevé sur la crête iliaque en petits copeaux. Ce procédé donnant d'excellents résultats dans d'autres variétés de cavités résiduelles après curetage. La valeur de cette technique pour des kystes épidermoïdes reste à démontrer.

C O N C L U S I O N S

1° Nous avons présenté un cas de kyste épidermoïde intra-osseux de la phalangette observé dans le service du Docteur Marc ISELIN.

2° Le kyste épidermoïde de la phalangette est une entité anatomo-clinique bien définie mais relativement rare.

En plus de notre observation, nous avons repris l'étude de vingt cas publiés dans la littérature, pour dégager l'aspect général de cette maladie.

Elle survient chez l'adulte, plus souvent chez l'homme travailleur manuel ; rarement chez l'adolescent, jamais chez l'enfant.

Un traumatisme est presque toujours retrouvé dans les antécédents bien que souvent assez lointain; l'aspect clinique où dominent le gonflement de la phalangette, la douleur et la gêne fonctionnelle, est assez banal.

L'aspect radiologique à type de tumeur kystique doit permettre au moins le diagnostic de tumeur bénigne , sinon de kyste épidermoïde.

Le diagnostic peut être posé sur les arguments cliniques et radiologiques mais il sera toujours affirmé par l'examen anatomo-pathologique montrant une lésion actuellement bien décrite, kyste intra-osseux a revêtement épithélial.

3° La pathogénie de l'affection est certainement le chapitre le plus interessant, mais aussi le plus obscur et la théorie de l'inclusion cellulaire traumatique conserve sa place à côté de la théorie dysembryoplasique.

-=-=-=-=-=-=-=-=-

Vu, le Doyen :
Léon BINET.

Vu, le Président de thèse :
J. DELARUE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Jean SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

1 - BECKER E.
Cyst. of pavement epithelium of bone offingers.
Chir. 12 - 1940 -

2 - BEHRENS A.
Traumatic epithelial cyst.
Virchows Arch. pat. Anat. 280 - 1931 -

3 - BISSEL A.D. and BRUNSCHWING A.
Squamous epithelial bone cyst. of the terminal phalanx
J.A.M.A 108 - 1937 -

4 - BLOND K.
Zur Kenntis der traumatischen epithelcyst.
Arch. F. Klein chir. 120 - 1922 -

5 - BURROWS H.
Implantation of dermoîd of the terminal phalanx of the thumb.
Brit. J. Surg. 13 - 1926 -

6 - CARROLL R.E
Epidermoïd cyst of the hand squeleton.
A.J.S. March 1953

7 - COLEY and HIGINBOTHAN N.L.
Tumours primary in the bones of hand and feet
Surgery 512 - january 1939 -

8 - COUCH J.H.
Epidermoïd cyst im bibe
Canad. M.A.J. 30 - 1934 -

9 - CURTISS F.E and OWEN C.T.
Sebaceous cyst of the distal phalanx.
J. Bone and joint surgery 15 - 1933 -

10- DELARUE et CHOMETTE G.
Un kyste épidermoïde de la phalangette.
Soc. Anat. de Paris - 1954-

11- DUPERRAT et GANDRILLE
Semaine des Hopitaux - Janvier 1948 -

12- FRANKE F.
Ueber die epidermoïd (sogennante epithel system)
Deutsche Ztschr. f. chir. 40 1894-1895

13- FRIEDLANDER C.
Traumatische epithel cyst im fingerendglied.
Zentralb. f. chir. 57 - 1930 -

14- GALLI G.
Chir. org. mov. Bologne Vol. XLIII Fasc. 1

15- GARRE C.
Ueber traumatische epithel system der finger.
Beitr. z. Klinik chir. 11 - 1894 -

16- GIBIER P.
Extrait des procès verbaux. Kyste de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit.
Bul. de la soc. d'anat. de Paris - 6 1881 -

17- GILLETTE
Des difficultés du diagnostic dans certaines tumeurs enkystées des régions palmaire et plantaire.
Lancette française gaz. des hopit. 107 - 1875 -

18- GROSS
Quoted by Reverdin J.L.

19- HAMMANN
Traumatische epithel system en den Fingerknochen
Deutsch Stchr. f. Chir. 223 - 1930 -

20- HARRIS R.I.
Sebaceous cyst. of terminal phalanx of thumb.
J. Bone and joint surg. 12 - 1930 -

21 -HESSE H.A.
Die Entstehung der traumatischen epithlcystem zugleich eine kritische studie uber die Atherom-literatur
Bitr. z. Klin. chir. 80 - 1912 -

22- ISELIN M.
Chirurgie de la main. Masson - 1955 -

23- JOUANNEAU et THAZARD M.
M.A.C. juin - 1958 -

24- KAUFMANN E.
Ueber Entatarrhapie von epithel.
Virchows arch. f. path. anat. 97 - 1894 -

25- KNIKERBOCKER - REILLY R.
Traumatic - epidermoïd cyst. of the terminal phalanx
Radiolog. 63 - Oct. 1954 -

26- LONG JOHN H.
Dermoïds
A.M. M.J. 5 - 1910 -

27- MAC CARTHY L.
Histo-pathology of skin diseases.
P. 420 St Louis - 1931 - C.V. Mosby Co

28- MASON M.L.
Tumours of the hand.
Surgery gynec. and obstetr. 64 - 1937 -

29- MASSE
Quoted bu Reverdin

30- MURON N.
Extrait des procès verbaux, kystes dermoïdes
Bul. soc. d'anat. de Paris 13 - 1868 -

31- PELLIZZOLO G.
Chir. org. mov.
1953 XXX IX III 233

32- PELS-LEUSDEN
Ueber abnorme Epithelisierung une traumatische Epithelcystem.
Deutsche med. Wchnschr. 31 - 1905 -

33- POHLMANN H.F. and WACHTEIN M.
Epidermoïd bone cyst. of phalanx.
Ann. surgery 119 - 148 - Janvier 1944 -

34- REICH W.W.
Squamous epithelial bine cyst. of the terminal phalanx.
Calif. and West med. 48. 120 ; - 1938 -

35- REVERDIN J.L.
Des kystes epidermiques des doigts.
Revue med. de la suisse rom. 7 ; - 1887 -

36- RIZET F.
Tumeurs enkystées de la main.
Arch. gen. de Med. 2 ; - 1866 -

37- SCHWENINGER E.
Leitrag zur experimentellen Erzeungung von Hantgeschwulsten
(Etheromen) Durch subcutan verlagerte mit den mutterboden
in Verbindung gelassene Hautstucke.
Charite Ann. III£ - 1884 -

38- SIEBNER N.
Traumatic epithelial cyst. of finger bones.
Surg. 3 - 1931 -

39- SUTTON J.B.
Some unusual tumours Partv. implantations cyst. of the thumb.
Brit. M.J. I - 1895 -

40- SONNTAG
Traumatische epithelsyte im Knochnends an einem Finferstumpf als Unfallfodge
Munchen med. Wchnschr. 70 - 1923 -

41- TROQUART R.
Kyste épidermique de la pulpe du doigt.
J. de med. de Bordeaux 2 - 1881 -

42- VIALARD
Thèse de Paris. 66 - 1948 -

43- WERHNER
Das Atherome ein angebalgtes Epithelium Wirchows.
Arch. f. path. anat. - 1855 -

44- WIEN M.S et CARO M.R.
Traumatic epithelial cysts of the skin.
J.A.M.A 102 - 1934 -

45- WORZ A.
Ueber traumatische Epithelcystem.
Deïtr. z. lin. chir. 8 - 1897 -

46- YACHNIN S.C. and SUMMERILL F.
Traumatic implantation of epithelial cyst. in a phalanx.
J.A.M.A 116 - 1941 -

47- ZADEK I. and COHEN H?
Epidermoïd cyst. of the terminal of e finger.
A.J.S. - Juin 1953 -

48- BRANCO-RIBEIRO E.
Etiologie des kystes epidermoïdes des phalanges.
Rev. Paul. de Med. 27 ; 322-325 - Oct. 1945 -